FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE 1939

N 98

Thèse présentée pour le Doctorat en médecine

PAR

BOURDEIX Georges

Né le 31 Octobre 1912, à Clermont-Ferrand

Ancien Interne
des Hôpitaux de Clermont-Ferrand

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES HÉMANGIOMES DU FOIE

A propos d'un cas d'Hémangiome Kystique

Président : M. CASTAIGNE, Professeur

CLERMONT-FERRAND
IMPRIMERIE MODERNE, 15, RUE DU PORT
—
1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE 1939 N°

Thèse présentée pour le Doctorat en médecine

PAR

BOURDEIX Georges

Né le 31 Octobre 1912, à Clermont-Ferrand

Ancien Interne
des Hôpitaux de Clermont-Ferrand

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES HÉMANGIOMES DU FOIE

A propos d'un cas d'Hémangiome Kystique

Président : M. CASTAIGNE, Professeur

CLERMONT-FERRAND
IMPRIMERIE MODERNE, 15, RUE DU PORT

1939

FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

Doyen	MM.	A. FORSTER ✲ ⁂ I.
Assesseur		G. SCHAEFFER ✲ ⁂ I.

PROFESSEURS TITULAIRES

Clinique médicale B	MM.	AMBARD ✲ ⁂ I.
Embryologie et Tératologie		ANCEL ✲ ⁂ I.
Clinique neurologique		BARRE ✲ ⁂ I.
Histologie		BOUIN O. ✲ ⁂ I.
Clinique O. R. L.		CANUYT ✲ ⁂ I.
Anatomie		FORSTER ✲ ⁂ I.
Clinique chirurgicale A		LERICHE O. ✲ ⁂ I.
Chimie biologique		NICLOUX O. ✲ ⁂ I.
Hygiène et Bactériologie		OBERLING ✲ ⁂ I.
Clinique dermatologique		PAUTRIER O. ✲ ⁂ I.
Clinique psychiâtrique		PFERSDORFF ✲ ⁂ I.
Clinique ophtalmologique		REDSLOB ✲ ⁂ I.
Clinique gynécologique et Accouchements		REEB ⁂ I.
Clinique infantile		ROHMER ✲ ⁂ I.
Physiologie		SCHAEFFER ✲ ⁂ I.
Pharmacologie		SCHWARTZ ⁂ I.
Médecine légale et Médecine sociale		SIMONIN ✲ ⁂ A.
Hydrologie et Climatologie		VAUCHER ✲ ⁂ I.
Physique biologique		VLÈS ✲ ⁂ I.
Clinique chirurgicale B		WEISS ✲ ⁂ A.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Histologie ..... MM. Aron ✲ ❦ I.
Anatomie ..... Belloco ✲ ❦ I.
Anatomie pathologique ..... Géry ❦ I.

CHARGÉS DE COURS ET AGRÉGÉS

MM. Callot. MM. Fontaine ❦ A. MM. Gelma ✲ ❦ I.
Gunsett O. ✲ ❦ I. Hanns O. ✲ ❦ I Humbert ✲ ❦ A.
Kayser ❦ A. Jung. Kreis ❦ A.
Romey O. ✲ ❦ A. Keller ❦ I. Warter.
Tulasne. Reiss ❦. Wolf ✲ ❦ A.
Klein. Waitz ❦. Thivolle ❦ A.

CHARGÉS D'UN COURS COMPLÉMENTAIRE

M. Roederer ❦ I. M. Meyer Marcel ❦ I. M. Simon ✲ ❦ A.
M. Adler ❦

PROFESSEURS HONORAIRES

M. Chavigny ✲ ❦ I. M. Stolz ✲ ❦ I. M. Weill ✲ ❦ I.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Etre suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

A MON PÈRE

A MA MÈRE

Témoignage de vive reconnaissance et de profonde affection.

A MON FRÈRE

A MA TANTE

LE DOCTEUR VALLEIX

Hommage de gratitude pour ses affectueux et précieux conseils.

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CASTAIGNE

Professeur de Clinique Médicale
Médecin des Hôpitaux
Directeur de l'Ecole de Plein Exercice de Médecine
et de Pharmacie de Clermont-Ferrand
Membre Associé National de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur.

Il nous fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre reconnaissance respectueuse pour la bienveillante sympathie qu'il n'a cessé de nous témoigner.

A NOTRE JURY DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FORSTER

Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg
Professeur d'Anatomie
Chevalier de la Légion d'Honneur.

MONSIEUR LE PROFESSEUR BOUIN

Professeur d'Histologie à la Faculté de Médecine de Strasbourg
Membre associé national de l'Académie de Médecine
Membre correspondant de l'Institut
Officier de la Légion d'Honneur.

MONSIEUR LE PROFESSEUR GÉRY

Professeur d'Anatomie pathologique
à la Faculté de Médecine de Strasbourg.

Respectueux hommages.

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR MATHIEU

Chirurgien des Hôpitaux.

Nous avons eu l'honneur d'être pendant deux ans son interne. Toujours il nous a prodigué sans compter son temps, ses conseils, ses encouragements. Il a inspiré ce travail et nous a guidé dans sa réalisation.

Nous sommes heureux de lui redire ici toute notre profonde gratitude et notre respectueux attachement.

A NOS MAITRES D'INTERNAT

MONSIEUR LE DOCTEUR PAKOWSKI

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu
Chevalier de la Légion d'Honneur.

Témoignage de notre vive et respectueuse admiration.

MONSIEUR LE PROFESSEUR RONGIER

Professeur de Clinique obstétricale
Accoucheur de l'Hôtel-Dieu
Chevalier de la Légion d'Honneur.

En remerciements des précieux enseignements reçus dans son service.

MONSIEUR LE PROFESSEUR ACKERMANN

Professeur de Médecine légale
Médecin de l'Hôtel-Dieu

Hommage de gratitude pour la bienveillante sympathie qu'il n'a cessé de nous prodiguer.

A Monsieur le Professeur DIONIS DU SEJOUR

Professeur de Clinique Chirurgicale Infantile
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu
Membre Associé National de l'Académie de Chirurgie
Officier de la Légion d'Honneur.

A Monsieur le Professeur PIOLLET

Professeur de Clinique Chirurgicale
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu
Membre Associé National de l'Académie de Chirurgie
Officier de la Légion d'Honneur.

A Monsieur le Professeur MERLE

Professeur de Clinique Médicale
Médecin de l'Hôtel-Dieu
Chevalier de la Légion d'Honneur.

A Monsieur le Professeur PAILLARD

Professeur de Pathologie Interne
Chevalier de la Légion d'Honneur.

A Monsieur le Professeur PATURET

Professeur d'Anatomie.
Chirurgien des Hôpitaux.

A Monsieur le Docteur Adrien PIOLLET

Professeur suppléant de Pathologie chirurgicale
Chirurgien des Hôpitaux.

A Monsieur le Professeur LIMOUSIN

de l'Institut Pasteur

Professeur d'Anatomie Pathologique
Chef de Laboratoire des Hôpitaux.

A Monsieur le Professeur DODEL

Docteur ès-Sciences
Lauréat de l'Académie de Médecine.
Professeur de Physiologie
Médecin de l'Hôpital Général.

A Monsieur le Docteur DASTUGUE

Lauréat de l'Académie de Médecine
Professeur suppléant de Physiologie
Pharmacien en Chef des Hôptaux
Docteur ès-Sciences.

A Monsieur le Docteur GRIVEAUD

Médecin-Assistant des Hôpitaux.

A Monsieur le Docteur FOURNIER

Professeur suppléant de Clinique Obstétricale.

A Monsieur le Docteur ATTAIX

Chef de Clinique Obstétricale.

A tous nos Maitres

de l'Ecole de Plein Exercice de Médecine

et des Hôpitaux de Clermont-Ferrand

INTRODUCTION

Le 27 Novembre 1936 nous avons admis à l'Hôtel-Dieu, Salle Saint-Louis, un homme âgé de 64 ans, porteur d'une tumeur abdominale assez volumineuse siégeant au-dessous du rebord costal droit.

La clinique, la radiologie et divers examens de laboratoire nous ont permis de poser le diagnostic de kyste non parasitaire du Foie.

L'intervention montra en effet l'existence d'une poche kystique dépendante du foie et particulièrement adhérente aux premières anses grêles et au colon transverse. Une biopsie large fut pratiquée et la poche marsupialisée par le Docteur Jean MATHIEU. L'examen anatomo-pathologique pratiqué par le Professeur LIMOUSIN nous apprit que la tumeur kystique était en réalité un Hémangiome du Foie.

Or, à la même date, approximativement le 2 Décembre 1936, le Docteur Pierre FABRE, professeur agrégé à la Faculté de Toulouse et son collaborateur J. GADRAT, présentaient à l'Académie de Chirurgie deux observations de Kyste non parasitaire du Foie. Une seule de ces observations fut retenue sous cette rubrique, c'était un

Cystadénome. L'autre, un Hémangione kystique ne pouvait entrer dans cette catégorie. En effet, comme MM. Lenormand et Calvet le font remarquer, si l'on s'en tient à la stricte définition anatomo-pathologique, le nom de kyste doit être réservé à une « tumeur à contenu liquide et à revêtement interne épithélial. »

L'endothélium qui tapisse au contraire l'Hémangione lui interdit l'accès de cette catégorie. L'hémangiome kystique, ajoutent MM. Lenormand et Calvet, est une affection que l'on rencontre exceptionnellement.

Telles furent les considérations qui nous ont amenés à publier le cas que nous avons pu voir, examiner et suivre pendant sa convalescence salle Saint-Louis.

CHAPITRE I

CLASSIFICATION ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE DES ANGIOMES EN GÉNÉRAL

L'angiome ou Hémangione est une tumeur formée soit par des vaisseaux capillaires néoformés et dilatés, soit par un véritable tissu caverneux néoformé analogue à celui des organes érectiles. L'angiome est donc avant tout une tumeur des capillaires ; c'est ce que Cruveilhier démontra le premier.

D'après leur structure, on distingue deux variétés d'angiomes :

1° L'angiome simple formé de capillaires.

2° L'angiome caverneux dont la structure rappelle celle des organes érectiles.

Il n'y a d'ailleurs pas de différence absolue entre ces deux formes, et l'on peut observer la transformation

de l'angiome simple en angiome caverneux dans la même tumeur.

1° *L'angiome simple* ou télangiectasie apparaît comme une tumeur finement lobulée, remplie de sang ; en la dissociant on s'aperçoit qu'il est formé de granulations (grains de Porta) constituées chacune par un peloton de capillaires sanguins. Ces pelotons de capillaires correspondent souvent dans l'angiome cutané à une petite arborisation vasculaire entourant un glomérule sudoripare, un bulbe pileux.

Au microscope, l'angiome est constitué uniquement par des capillaires séparés par du tissu conjonctif. Dans les espaces conjontifs, appelés encore interlobulaires, on aperçoit quelques artérioles et veinules qui assurent la circulation sanguine des pelotons de capillaires.

Les capillaires de l'angiome sont larges ; ils présentent des diverticules latéraux ; ils sont flexueux et allongés. Leur paroi est formé d'une tunique hyaline renfermant souvent des cellules rondes et d'un revêtement endothélial.

L'angiome envahit par sa périphérie les organes voisins ; dans la peau : le tissu adipeux, les bulbes pileux, les glandes sudoripares ; dans le muscle : les fibres striées sont progressivement atrophiées sous l'influence de la pénétration des capillaires de l'angiome. Il est rare qu'il soit enkysté ; il est plus généralement diffus.

2° *L'angiome caverneux* rappelle absolument par sa structure les organes érectiles normaux.

A la coupe il est formé de trabécules de couleur blanchâtre délimitant des lacunes plus ou moins grandes, pleines de sang et communiquant entre elles.

Les trabécules sont constituées par du tissu conjonctif : elles renferment des artérioles et des veinules,

ainsi que des nerfs ; on y trouve aussi des fibres élastiques. Les lacunes sanguines sont tapissées par un endothélium formé de cellules aplaties. Les lacunes sont souvent très larges donnant alors à la tumeur une apparence bosselée et kystique.

L'angiome caverneux souvent diffus lui aussi est cependant parfois encapsulé par une coque fibreuse.

Circulation. — Virchow et Broca, d'une part, Rokitansky et Esmach d'autre part, ont bien étudié la circulation du sang dans les angiomes. Ils n'ont pas abouti aux mêmes conclusions : Rokitansky et Esmarch admettaient l'existence d'angiomes communiquant seulement avec les veines, les angiomes *phlebogènes.*

Les expériences réalisées par Hausse et Weld ont démontré la vérité de la théorie de Broca et Virchow, suivant laquelle la couleur rouge ou bleue de l'angiome dépend de la facilité avec laquelle le sang circule dans les capillaires ditatés.

Des modifications intéressantes peuvent survenir au cours de l'évolution de l'angiome simple ou caverneux : dépôts fibrineux, thromboses, angiolithes.

La transformation fibreuse de l'angiome peut survenir ; elle est un mode de guérison.

La Transformation Kystique peut s'observer dans les angiomes caverneux : une partie de la tumeur se trouve séparée du reste par une inflammation adhésive suivie de thrombose. Il en résulte un kyste à contenu sanguin ou séro-sanguin souvent de volume notable. L'association de l'hémangiome et du lymphangiome peut donner naissance à des tumeurs complexes (hémolymphangiomes de Lannelongue) .

Evolution. — L'angiome est en général une tumeur bénigne ; il peut même guérir spontanément comme on

le voit parfois dans des cas d'angiome de la peau chez le nourrisson.

Toujours localisé, incapable de donner naissance à des métastases, il évolue lentement sur place ; mais il peut par son extension devenir dangereux en infiltrant et détruisant les organes voisins. Le plus grand danger d'un angiome, c'est sa *rupture* qui donne lieu à des hémorragies souvent très graves.

On a parlé aussi de la dégénérescence maligne de l'Angiome ; c'est un terme inexact, car l'angiome pur, entendu au sens d'une tumeur composée de capillaires néoformés, ne donne pas de transformation maligne, c'est-à-dire accompagnée de métastases ; mais on a pu observer la transformation sarcomateuse de la trame conjonctive de l'angiome.

Siège. — La plupart des angiomes siègent dans la peau et le tissu cellulaire sous-cutané.

Les angiomes des muqueuses sont plus rares.

Les angiomes viscéraux sont rares, d'une façon générale.

CHAPITRE II

HÉMANGIOMES DU FOIE

GÉNÉRALITÉS ET HISTORIQUE

Signalés par Dupuytren, Bérard aîné, Bell, Hensinger, Andral, les Angiomes du Foie ont été mieux étudiés dans leur pathogénie et leur histogenèse par Virchow, Rokitansky et Buchs, Frérichs (1861) Hanot et Gilbert, Lancereaux (1895), Ribbert (1898). La parution en 1900 du mémoire de Schmieden fondé sur 32 cas minutieusement étudiés, marque une date importante.

Si l'angiome du Foie est un angiome simple et n'évolue pas, il atteindra la taille d'une lentille ou même d'une noix. Dans ces conditions, il ne sera pas sensible à la palpation et échappera à tous les moyens externes

d'investigation. Cette forme est loin d'être exceptionnelle et des statistiques anatomo-pathologiques d'autopsies systématiquement pratiquées ont amené Ribbert et Schmieden à les déclarer fréquentes. Par contre, il est évident que le point de vue clinique les révèle d'un diagnostic difficile et d'une observation très peu courante.

S'il est au contraire du type caverneux, et surtout s'il subit la transformation kystique, suivant le processus que nous avons indiqué dans le chapitre précédent, l'angiome se présentera alors avec tous les caractères d'une tumeur abdominale.

Dans cet ordre d'idées, H.-H. Brown, en 1927, et T. B. Deaver en 1918 ont publié chacun une observation où leur malade présentait un Hemangiome du Foie de la grosseur d'une tête de fœtus.

C'est également le terme de comparaison qu'emploient MM. Fabre et Gadrat dans leur communication à l'Académie de Chirurgie en 1936. C'est encore le même qui nous servira pour qualifier le volume de l'Hemangiome que nous avons pu voir chez notre malade de la salle Saint-Louis.

C'est donc en envisageant la question du point de vue clinique que nous conclurons avec MM. Lenormand et Calvet que l'Hémangiome du Foie est une tumeur exceptionnelle.

Le sexe et l'âge ne semblent pas influencer son développement, l'angiome congénital est même un de ceux dont la pathologie est le moins controversée. Si on le trouve plus fréquemment dans la seconde moitié de la vie, c'est probablement parce que les autopsies sont pratiquées plus souvent chez des gens âgés que chez de jeunes enfants.

Parfois si la tumeur est multiple, et les nodules angiomateux rappelant l'aspect de carcinose miliaire ou les

infarctus ont été dénommés par Hendren (télangiectasie disséminée du foie.).

Mais presque toujours l'angiome est unique, situé sous la capsule où on le voit par transparence, bleuté, sans relief.

La masse tumorale est assez souvent pédiculisée, sous la forme d'une véritable éponge sanglante, réunie au foie par un pédicule plus ou moins épais, implanté sur le bord antérieur ou la face inférieure de l'organe.

Chapitre VII

OBSERVATION

L... François, 64 ans, cultivateur, entre le 27 novembre 1936, dans le service, avec le diagnostic imprécis de tumeur abdominale.

Antécédents personnels.

Marié, père de 3 enfants en bonne santé, âgés respectivement à l'heure actuelle de 22, 32 et 40 ans.

Pas de maladies infectieuses graves dans l'enfance.

Vers 30 ans, une congestion pulmonaire.

Pas d'antécédents hépatiques, ni gastriques.

Antécédents héréditaires..

Père mort à 44 ans de congestion pulmonaire.

Mère morte à un âge avancé.

Antécédents collatéraux.

Une sœur morte (pas de précisions).

Une autre sœur en bonne santé.

Histoire de la maladie.

Vers le mois de Juin 1936, c'est-à-dire il y a environ 6 mois, l'attention du malade a été attirée par le développement d'une tumeur dans l'hypocondre droit. Cette tumeur devient rapidement assez volumineuse, mais elle reste absolument indolore. L'inquiétude du malade est vite calmée par cette absence de douleur et il continue son travail. Mais au cours du mois d'Octobre il ressent d'abord une gêne, puis une douleur sourde, diffuse, sensiblement plus accusée dans le flanc droit et sur la moitié droite de l'abdomen. Cette douleur revêtait un caractère plus intense à l'occasion des changements de position et plus particulièrement du décubitus latéral gauche.

A ce moment-là, pas d'anorexie, ni de vomissements, mais un léger amaigrissement. Pas de température.

Le malade entre à l'Hôtel-Dieu, le 27 novembre 1936.

D'emblée son état général apparaît peu atteint.

Inspection. — Saillie très marquée au-dessous du rebord costal droit.

Palpation. — Tumeur régulière, arrondie, de consistance dure, du volume d'une tête de fœtus, semblant occuper la partie supérieure droite de l'abdomen.

Cette tumeur est fixe. Elle s'étend du rebord costal droit à 2 travers de doigt au-dessus de la ligne ombilicale.

Transversalement, sa limite droite est imprécise, tandis qu'à gauche elle dépasse de trois travers de doigt la ligne médiane.

Percussion. — Aucune solution de continuité entre la matité du foie et celle de la tumeur.

Foie. — Le bord inférieur du foie est nettement perceptible au creux épigastique. La limite supérieure occupe sa place normale.

L'examen radiologique. — Après injection de bouillie barytée il montre une opacité diffuse faisant corps avec le foie et repoussant au-dessous d'elle l'estomac et le colon transverse.

Douleur toujours localisée dans le flanc droit et s'exaspérant dans le décubitus latéral gauche.

Pas d'anorexie. — Pas de vomissements. Température normale. L'examen général ne révèle rien d'anormal dans le fonctionnement des autres organes.

Hématologie. — Pas d'Eosinophilie sanguine.

Intradermoréaction de Casoni négative.

Urée sanguine 0,30 ‰.

Intervention le 5 décembre 1936.

Sous anesthésie générale à l'éther, laparotomie médiane, sous ombilicale. On perçoit, dès l'ouverture du péritoine une vaste poche à parois épaisses, peu mobilisable et dépendante du Foie. Cette poche adhère par de multiples adhérences aux organes voisins, en particulier le colon transverse et le mésocolon, l'estomac et le grand épiloon.

D'emblée ces adhérences apparaissent comme un obstacle insurmontable s'opposant à l'extirpation en masse de la poche qui est alors vidée de son contenu à l'aspirateur. Un litre d'un liquide séro-sanglant est ainsi évacué. La partie de la face inférieure du Foie qui sert d'implantation à la tumeur apparaît comme une masse irrégulière dans laquelle sont perçus au toucher des noyaux spongieux disséminés parmi des régions plus dures.

Une biopsie large est pratiquée sur la poche ; une partie de son contenu est recueillie dans un tube stérile.

Marsupialisation de la poche. Mise en place de deux mèches et d'un gros drain en caoutchouc.

Au bout de 48 heures, les mèches sont retirées en deux temps.

Le drain est retiré au bout de 10 jours pendant lesquels une importante quantité de liquide séro-sanglant a été évacuée,

Une petite fistule persiste pendant un mois, de laquelle s'échappe toujours une faible quantité de sérosité.

Enfin le malade quitte l'Hôtel-Dieu le 6 février 1937, en excellent état général ; deux mois après nous apprenions que cet état de santé satisfaisant persistait.

Nous avons su depuis que le malade est décédé chez lui dix mois après l'intervention, sans que nous ayons pu connaître dans quelles circonstances.

L'examen anatomo-pathologique du fragment prélevé, pratiqué par le Professeur Limousin donne les résultats suivants : « Hemangiome diffus ayant dissocié les travées hépa-« tiques. Aucune capsule, aucune limite nette entre la tu-« meur et la glande saine. Dans l'ensemble la tumeur est « constituée par un tissu riche en fibroblastes contenant de « très nombreux capillaires réduits à un endothélium plus « ou moins turgescent, sans parois musculaires lisses ni col-« lagènes.

« Les hématies sont disséminées sans ordre dans ce tissu « ainsi que dans la lumière des capillaires.

« Aucune formation pouvant rappeller les canaux des « capillicules biliaires. Aucune cavité kystique tapissée d'épi-« thélium. »

« Aucun signe de néoplasie maligne. »

« Aucun signe d'inflammation. »

L'examen cyto-bactériologique du liquide contenu dans la tumeur donne les résultats suivants :

Réaction à polynucléaires.

Pas de germes pyogènes à l'examen direct.

Culture négative.

En somme, nous constatons que, dans le cas présent, comme dans toutes les observations que nous avons consultées, le premier signe de l'hemangiome du foie fut la perception d'une volumineuse tumeur addominale. Il n'y a jamais eu de troubles fonctionnels ; les douleurs n'ont apparu que tardivement et à l'occasion de certains mouvements ou posi-

tions, causées selon toute vraisemblance par le poids de la tumeur. L'assertion de Jacobovici est une fois de plus vérifiée : « Il n'y a pas de chapitre clinique. »

Du point de vue anatomo-pathologique les résultats sont également probants. Hyperplasie des capillaires, travées conjonctives formant l'armature de la tumeur, pas d'encapsulement et continuité du tissu angiomateux avec le tissu hépathique normal semé lui-même d'îlots angiomateux.

Enfin vérification de la possibilité de transformation kystique et d'isolement d'une partie de la tumeur à la suite inflammation dont les multiples adhérences semblent témoigner de l'existence antérieure.

CHAPITRE IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'anatomie pathologique est le chapitre le plus étudié et aussi le plus controversé. Olmer et Paillas, à la suite de recherches approfondies récentes, ont fixé les divers types d'angiomes, leurs caractères et leur structure.

« Trois aspects sont susceptibles d'être observés :

— Dans un premier cas l'angiome siège dans un foie par ailleurs sain ; c'est le type le plus pur.

— Le second aspect répond à la coexistence possible d'un angiome hépatique avec une lésion différente d'un autre viscère telle que cardiopathie décompensée, athérome artériel (Hanot et Gilbert), épithélioma intestinal (Risfal), polyadénome gastrique (Bosquet et Pouzet) avec une lésion associée du foie : cancer, cirrhose, tuberculose, syphilis ; il semble qu'il s'agisse alors davantage de télangiectasie que d'angiome vrai.

— Enfin dans une dernière éventualité, l'angiome hépatique n'est que la localisation sur le foie d'une malformation vasculaire généralisée, d'une angiomatose multiple, d'origine constitutionnelle, très souvent héréditaire, reconnue depuis longtemps par Osler et récemment encore étudiée par Moïse. Les organes les plus divers sont alors atteints par la formation vasculaire : rein, rate, méninges, cerveau, cœur, surrénales, pancréas, téguments. »

Nous avons vu d'autre part que le volume de l'angiome est essentiellement variable. Il peut aller du volume d'une lentille à celui d'une tête d'adulte ; on peut le rencontrer également sous forme de petites tumeurs très nombreuses enchassées dans le parenchyme hépathique. Il s'agit alors de ce que Hendren a appelé télangiectasie disséminée du foie et dont Lunghetti a rapporté un cas curieux dans lequel chaque tumeur de forme arrondie atteignait le volume d'un grain de mil et présentait une cavité sphéroïdale.

Ce petit angiome est en général situé sous la capsule de Glisson à travers laquelle on aperçoit par transparence sa teinte bleutée. A la coupe il apparaît très semblable à un infarctus avec sa bosse périphérique et son sommet cervical. Il n'en a pas seulement la forme triangulaire, mais aussi la couleur noirâtre et si l'on ajoute que infarctus et angiome coexistent souvent dans divers organes, reins, rate, poumons, la confusion n'en est que plus aisée.

Les grands angiomes peuvent atteindre des dimensions considérables. Rosenthal rapporte un cas où l'angiome occupait tout le lobe de Spiegel, Birsch, Hirschfels, Mantle, Leflaive en ont observé de la grosseur d'une tête d'enfant ; Fleischmann, Schulte, du volume d'une tête d'adulte. Il pesait 470 grammes dans le cas de Von Eiselsberg, 570 dans celui de Zanetti Colleoni ;

dans le cas de Filippini : 2.500. Dans l'observation de Sigler, le foie pesait 11 kilos ; Major et Black ont vu un foie de 18 kilos transformé en une vaste masse spongieuse ; dans le cas rapporté à la Société Anatomique en 1934, par Olmer et Paillas, le foie presque entièrement angiomateux descendait plus bas que les crêtes iliaques, occupant la moitié supérieure de la cavité abdominale.

Ces gros angiomes se présentent à l'intervention sous des aspects variables. Il s'agit parfois d'une tumeur s'insérant sur le foie par l'intermédiaire d'un pédicule plus ou moins important et laissant au parenchyme glandulaire son intégrité. D'autres fois, on ne trouve pas de démarcation entre le foie et la tumeur ; on peut seulement parler de zone d'implantation. Cette zone d'implantation est occupée, comme dans le cas que nous avons pu voir, par une quantité notable de nodules ayant dissocié les travées hépatiques.

L'examen microscopique montre que le tissu angiomateux est constitué par des lacunes vasculaires de taille variable, limitées par un endothélium simple et continu, et remplies d'hématies. La paroi vasculaire détache parfois des cellules polyédriques de grande taille, avec noyau central d'allure endothéliale. Des travées conjonctives séparent ces lacunes vasculaires. Des ilôts hépatiques, atrophiques ou hypertrophiques se rencontrent parmi les espaces angiomateux (Schmieden, Ribbert).

A côté de cet aspect typique de cavernome, d'autres images histologiques peuvent être observées. Des ilôts, des travées de sclérose rayonnent parfois autour des espaces de Kiernan de manière à réaliser un aspect de cirrhose annulaire au début. D'autres fois quelques-unes des mailles du tissu angiomateux sont fortement distendues par une substance d'apparence colloïde, colorée en bleu par le bleu de méthyle, en rouge vif par l'éosine, justifiant le terme de « pseudo-thyroïdien » proposé par

L. Cornil et M. Mosinger. D'autre part, il arrive que sur certaines préparations les lacunes vasculaires soient très petites ; il s'agit alors de simples dilatations capillaires (angiome simple de certains auteurs). Par contre, les cellules de Kuppfer peuvent être très abondantes, se presser les unes contre les autres et réaliser une véritable hypérplasie réticulaire, il n'existe d'ailleurs ni monstruosités nucléaires, ni atypies cellulaires. Le terme d'angioréticulome définit clairement cet aspect. D'autres fois encore l'hyperplasie s'accuse dans le sens endothélial, justifiant l'appellation d'hémangio-endothéliome ou celui d'hémangiome hypertrophique proposé par Ziegler.

Les rapports de l'angiome caverneux et du tissu hépatique ne sont pas nettement tranchés. On peut rencontrer des cellules hépatiques directement en contact avec les lacunes vasculaires. Sur les bords de la tumeur où les lacunes sont généralement moins vastes qu'au centre, on observe l'envahissement d'une part, du parenchyme par le tissu angiomateux, l'inclusion d'autre part, de parenchyme sain dans le tissu angiomateux.

Deux caractères sont enfin à rechercher systématiquement en raison de leur fréquence : ce sont les figures d'hématopoïèse, et les infiltrats inflammatoires . L'hématopoïèse, a été signalée depuis longtemps par Pilliot dans 6 cas, puis par Schmieden qui l'a retrouvée dans deux observations. Mac Curdy se fondant sur une trentaine de cas d'angiomes divers (hépatiques et autres) pense que les images erythroblastiques sont constantes. Quant à l'aspect inflammatoire qui présente comme l'aspect hématopoïétique, une grande valeur doctrinale, il a été noté par de nombreux auteurs en particulier par R. Leroux et L. Cornil ; dans les trois cas examinés par Olmer et Paillas il existait une infiltration cellulaire étendue dans toutes les régions fibreuses ; dans les zones où se formaient les lacunes vasculaires et les microangio-

mes, cet infiltrat cellulaire prenait très fréquemment l'aspect de nodules inflammatoires.

L'évolution anatomique du cavernome est en général caractérisée par une progression très lente. Cependant, cette extension peut s'accélérer brusquement et la tumeur doubler de volume dans l'espace de quelques mois. On a pu observer enfin de thrombose de certaines lacunes ; Schmieden, en particulier, a constaté l'organisation de certains caillots.

Le problème des connexions avec les vaisseaux du foie a perdu de son intérêt le jour où l'on n'a plus admis le développement de l'angiome aux dépens d'un système vasculaire préexistant. De nombreuses injections ont été poussées dans l'artère hépatique ou la veine-porte et sus-hépatique, pour Rokitansky, l'angiome communiquerait seulement avec les veines ; pour Frerichs il en est de même. Cornil et Ranvier l'injectent par l'artère hépatique. Maier, Virchow, plus eclectiques, admettent des connexions à la fois avec les trois systèmes vasculaires. Il est vraisemblable que par leur néoformation, les lacunes sont, au moins au début, isolées de toute circulation ; ce n'est qu'à la suite de son extension progressive que l'angiome est susceptible de contracter des connexions avec les vaisseaux.

CHAPITRE V

PATHOGÉNIE

L'étude de la pathogénie et de l'histogenèse des angiomes a suscité des travaux nombreux sur lesquels furent basées les théories les plus diverses. Elles n'ont plus actuellement qu'un intérêt historique.

Hanot et Gilbert, ainsi que d'autres auteurs (Birsch-Hirschfels, Cherwinski, Stoffen) considèrent l'angiome comme une simple ectasie des vaisseaux du foie. Leur principal argument résidait dans la coexistence d'infarctus viscéraux.

Bast et Rindfleisch attribuent une importance capitale à l'hyperplasie fibrocytaire péricapillaire. La rétraction de ce tissu néoformé raccourcirait le vaisseau en augmentant le calibre.

Rokitansky assimilait le cavernome au carcinome.

Burkhardt invoquait le rôle d'une hémorragie initiale intraparenchymateuse.

Beneke exposait une théorie de la stase biliaire.

Actuellement deux hypothèses seulement sont recevables : la première est celle de la dysembrioplasie, la seconde se rattache à l'hyperplasie inflammatoire.

1° *Dysembryoplasie.* — Ribbert envisagea la prolifération de restes vasculaires déplacés ou hétérotopiques.

Pilliet, Schmieden les interprètent comme des inclusions fœtales du mésenchyme.

Des segments angioblastiques résiduels ne dépassent pas le stade des îlots, de Wolff (Brault et Legny); leur prolifération entraîne la formation d'angiomes.

Cette origine dysembryoplasique brillamment développée par Unna est susceptible d'expliquer de façon rationnelle l'angiomatose multiple d'Olser.

2° *Origine inflammatoire.* — Virchow décrivit le premier une hépatite interstitielle primitive avec apparition dans le tissu conjonctif néoformée de vaisseaux dilatés et anastomosés.

Pour Lilienfeld, l'angiome serait dû à une perte d'élasticité des vaisseaux à la suite d'une inflammation envahissant la paroi.

R. Leroux et L. Cornil ont pu soutenir l'origine infectieuse de bien des tumeurs vasculaires. Cette étiologie inflammatoire peut même s'étendre aux angiomes congénitaux, si l'on fait intervenir une infection intra-utérine comme « primum movens » de cette débilité vasculaire congénitale.

E. Blondel a trouvé le point de contact et d'unification de ces deux conceptions : dysembryoplasie et hyperplasie réactionnelle inflammatoire : Il expose en effet que ce sont les cellules de Kupffer embryonnaires qui

président au développement des ébauches angioblastiques. Dans ce sens, Olmer et Paillas ont observé des images histologiques les autorisant à interpréter histogénétiquement les lacunes vasculaires néoformées comme le résultat de la métaplasie regressive de cellules de Kupffer hyperplasiques. La mobilisation de ces cellules aboutit à la formation d'un endothélium embryonnaire, qui secondairement donne naissance à une lacune vasculaire, à un micro-angiome. L'inflammation subaiguë produirait donc conjointement une réaction fibroblastique et une réaction Kupfférienne, chacune de ces réactions aboutissant pour son propre compte à une production tissulaire spéciale : trousseaux fibreux et lacunes angiomateuses.

« Cette conception nous permet d'intégrer l'angiome « caverneux dans le cadre des affections du tissu réti- « culo-endothélial et de l'inperpréter soit dans le sens « de la néoplasie, soit dans celui de l'hyperplasie ». (Olmer et Paillas).

CHAPITRE VI

SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC

De la diversité des formes anatomo-pathologiques, on peut prévoir une symptomatologie essentiellement variable et inconstante. En réalité on se trouve en présence d'une simple alternative.

1. L'angiome est petit et il ne produit aucun trouble fonctionnel ; dans ce cas il nous échappe complètement et c'est une trouvaille d'intervention ou d'autopsie.

2. L'angiome est volumineux et il s'objective au prorata de son volume. Il se manifeste alors avec des signes d'emprunt qui ont entraîné des interventions pour cholécystite chronique, cystadénome, ou autres tumeurs hépatiques ou cystiques.

Le malade de Bosquet et H. Roger présentait de la diarrhée, mais l'autopsie devait révéler l'existence d'un estomac adénomateux.

Dans le cas de Menthe, il n'existait qu'une légère oppression, de la pesanteur après les repas.

Signes fonctionnels. — Nous ne retiendrons que quelques troubles dyspeptiques et des pesanteurs abdominales.

Signes physiques. — Dans notre observation comme dans toutes celles que nous avons consultées, c'est l'existence et la perception d'une tumeur abdominale qui amènent le malade à consulter, particulièrement si elle présente brusquement une augmentation notable de son volume.

Dans le cas de Von Eiselsberg, cette tumeur tolérée pendant 16 ans, grossit rapidement la dernière année.

Langer rapporte l'histoire d'une femme qui, durant de nombreuses années, porta une ceinture dirigée contre une ptose rénale. En réalité, il s'agissait d'un angiome pédiculé, qui par son extension progressive, à la troisième grossesse, gêna le travail.

Cette tumeur abdominale peut revêtir deux aspects distincts suivant qu'elle est fixe ou mobile.

Dans le premier cas, on se trouve en présence d'une hépatomégalie bosselée au niveau de laquelle l'existence d'une fluctuation (Mantle-Pformenstiel) peut mettre sur la voie du diagnostic. Dans une observation de Delagenière, l'auscultation y décelait un souffle continu.

Mais presque toujours il s'agit d'une tumeur distincte du foie, mobile, correspondant aux formes pédiculées de l'angiome. La longueur du pédicule peut permettre l'interposition du colon entre le foie et la tumeur et les diagnostics les plus variés peuvent se poser : kyste du mésentère, pseudo-kyste du pancréas, kyste de l'ovaire, d'autant que des adhérences péritoniales peuvent atteindre les annexes.

Une observation de Tédenot mérite d'être signalée en raison de sa rareté. Un homme souffre depuis deux ans de crises légères et fréquentes de coliques hépati-

ques, sans décoloration des fèces, mais ictère léger. Chacune de ces crises se terminait par un flux diarrhéique à allure de chasse biliaire. L'examen montra l'existence d'une tumeur arrondie, fluctuante, sous hépatique que l'on identifie facilement à un hydrocholécyste. L'intervention qui a d'ailleurs entraîné la guérison, permit d'enlever un petit angiome gros comme un œuf, situé dans l'épiploon gastro-hépatique ; celui-ci comprimait le canal cystique et favorisait la rétention vésiculaire.

Dans l'observation de Razemon et Decoulx, le malade avait auparavant été opéré pour appendicite chronique en 1929. En 1932 il subit dans un autre hôpital une intervention sur la vésicule biliaire.

Le malade ressent encore des douleurs vives dans la zone pancréatico-cholédocienne. Le point cystique est également sensible, le signe de Murphy est nettement positif. L'examen radiologique montre une vésicule de volume normal, sans lithiase visible. L'évacuation est incomplète, mais suffisante.

L'intervention révèle l'existence d'un angiome sur le bord antérieur du lobe gauche du foie.

W. T. Fotheringham a publié un cas d'angiome du foie dans le Bulletin de la Société de Chirurgie de Rosario. La malade est ici aussi opérée une première fois pour cholécystite chronique en Juin 1932.

Six mois après : extirpation partielle d'un varicocèle pelvien.

Six mois après : tuméfaction dure, douloureuse, du volume d'un œuf de poule, au niveau de la région cystique.

L'intervention permet d'extirper un angiome caverneux juxtavésiculaire.

La malade de Fabre et Gadrat présentait une tumeur régulière arrondie, de consistance liquide, rénitente, mobile transversalement, paraissant fixée vers le

haut. Elle provoque une saillie ombilicale marquée surtout à droite. En bas, elle descend dans la région hypogastrique ; en haut, on ne peut percevoir de solution de continuité avec le foie. Kyste non parasitaire du foie ? Kyste du pancréas ?

L'intervention montre une tumeur sessile fixée au lobe gauche du foie et qui est extirpée en masse sans grosses difficultés.

Ces quelques observations montrent la difficulté du diagnostic ; d'abord la tumeur doit être perceptible et même si elle remplit cette condition, ses caractères variables et sa rareté rendent le diagnostic à peu près impossible. Il n'aurait été posé qu'une seule fois par Israel.

Certains auteurs pensent que la coexistence avec des angiomes cutanés permettrait de soulever l'idée d'angiomes du foie. Mais la coexistence est très exceptionnelle et les travaux les plus récents sur l'angiomatose n'en signalent pas d'exemple (1).

Quelle conclusion allons-nous tirer de ce chapitre clinique, où, devant la pauvreté des signes, nous avons jugé plus intéressant de rapporter les traits essentiels des observations les plus connues et les plus typiques ? Nous ne pouvons mieux faire, semble-t-il, que de citer les paroles de M. P. Vilmoth qui, dans son rapport à l'Académie de Chirurgie en 1936, conclue : « Fabre a tout à fait raison lorsqu'il conclut d'après ses deux cas personnels et après avoir lu les observations publiées, que la Symptomatologie de ces tumeurs bénignes hépatiques est floue. »

Jacobovici est plus formel : « Il n'y a, dit-il, pas de chapitre clinique. »

---

(1) Aubertin, Lévy, Baclesse. — L'Angiomatose hémorragique familiale.

CHAPITRE VII

COMPLICATIONS

Si son diagnostic est impossible, l'angiome du foie n'est pas toujours latent et de redoutables complications peuvent se produire. Ces complications sont variées.

I. *Compressions.* — Les compressions ont été signalées, tel le cas de Tédenot où un angiome enclavé dans le petit épiplooon comprimait le canal cystique et donnait des douleurs à type vésuculaire.

Le malade de Wakeley présentait une tumeur du lobe gauche du foie causant une obstruction du cardia. L'ablation de cet angiome, caverneux, encapsulé, amena la guérison.

Langer a même vu un cavernome énorme être cause de dystocie.

II. *Insuffisance hépatique.* — L'insuffisance hépatique progressive par refoulement et envahissement de la

plus grande partie du parenchyme hépatique est l'aboutissant final des énormes cavernomes.

III. *Rupture.* — La rupture avec hémorragie intra-péritonéale est, en réalité, le gros danger de ces tumeurs. Le syndrome d'hémorragie interne ainsi réalisé, est très comparable à la rupture des angiomes de la rate que Mondor a étudiée.

La malade de Karp opérée avec le diagnostic de rupture de grossesse tubaire, présentait un petit angiome sous hépatique rompu. L'hémostase par tamponnement fut insuffisante.

Les malades de Von Haegen et de Siedlecke meurent également d'hémorragie.

K. O. Marcktadt, de Kœnigsberg, fait la relation d'une observation personnelle d'un angiome du foie rompu.

Diagnostic opératoire : appendicite.

A l'incision du péritoine, on constate un épanchement sanguin très abondant. L'examen du foie montre l'existence d'une tumeur du foie rompue et qui saigne. Tamponnement hépatique. Mort le surlendemain. L'autopsie a décelé l'existence d'une tumeur spongieuse du foie, grosse comme une petite pomme. L'examen histologique révèle un hémangiome caverneux.

Cet auteur a relevé dans la littérature 10 autres cas d'angiome hépatique.

3 fois la laparatomie a été commandée par l'hémorragie intra-péritonéale : 3 morts.

3 fois l'hémorragie s'est produite au moment de l'inventaire de la lésion hépatique ; 2 morts, 1 guérison.

2 constatations nécropsiques.

2 observations (Le Flaive, Mantle) d'accidents mortels consécutifs à la ponction exploratrice de l'angiome hépatique.

Sur ces 10 cas, il note que le diagnostic clinique a été exact une fois, et que le traitement chirurgical a été efficace une seconde fois.

Nous voyons que la rupture de l'angiome est une complication extrêmement grave, presque toujours fatale. Il est inutile de dire que dans ces cas, le diagnostic préopératoire est tout à fait impossible en raison de leur grande rareté.

CHAPITRE VIII

TRAITEMENT

Essentiellement chirurgical, le traitement dépendra de l'étendue et de l'adhérence de la tumeur, de son extension au parenchyme hépatique, de l'âge et de l'état général du malade.

Nous allons d'abord étudier les méthodes de traitement avant d'en envisager les indications.

1. **L'hépatectomie partielle** est la méthode de choix, puisqu'elle élimine la formation tumorale d'une façon définitive.

Ses modalités sont diverses :

A. *La tumeur est pédiculée.* — La section du pédicule libère la tumeur. Mais très souvent ce pédicule est lui-même le siège de formations angiomateuses qui vont sérieusement compliquer le problème de l'hémostase. Généralement sa ligature pure et simple s'avère insuf-

fisante, bien que pratiquée avec succès par Brown et Nossen.

Razemon et Decoulx considèrent comme une obligation de procéder à l'ablation du pédicule et de pratiquer l'hémostase en tissu sain.

B. *La tumeur est intra-hépatique ou sessile.* — Son énucléation est parfois possible (Wakeley). Fabre a pu extirper en masse « sans grosses difficultés, une tumeur sessile, bien qu'il n'y eut pas un plan de clivage très net entre la tumeur et le bord inférieur du foie sur lequel elle mordait. »

W. T. Fothéringham a incisé la capsule de Glisson et a trouvé un espace décollable entre le foie et la tumeur.

Mais habituellement il n'y a pas de plan de clivage, pas d'encapsulement. Il faut couper en plein parenchyme hépatique. Fèvre et Dassios ont étudié récemment en détail ce genre d'interventions. L'exérèse peut être étendue, comme Sabrazes l'a démontré physiologiquement et comme certaines observations l'ont prouvé.

Piric pratique une ablation de 550 grammes chez un enfant de 8 mois.

Brochot, de 1 kilo chez un adulte.

Klose, Caprio ont pu resséquer le lobe gauche en totalité.

Cette méthode comporte évidemment une part de risques beaucoup plus importante que la précédente, car l'hémostase ne pourra être réalisée qu'en issu sain. Le tissu angiomateux devra disparaître totalement de la tranche hépatique : « Une fois commencée, l'exérèse doit être conduite jusqu'au bout. On ne peut plus reculer. » (Fèvre).

« Le point délicat est la question de l'hémostase. Celle-ci doit être absolue, car le tamponnement est à prohiber complètement. Nous croyons qu'il faut renoncer

aux points en U ou en chaine qui coupent le foie et le traumatisent gravement. Il est plus simple et aussi efficace de faire l'hémostase des tranches de section au fur et à mesure. Une pince à mors fins est placée sur le vaisseau et la coagulation est obtenue aussitôt par l'électrode à ondes courtes. L'usage du bistouri électrique a simplifié énormément cette chirurgie d'exérèse. Les affrontements et sutures sont d'ailleurs souvent facilités par la sclérose et la densification qui entourent les tumeurs ; le parenchyme y est beaucoup plus résistant que dans les traumatismes. » (Fèvre).

L'hépatectomie partielle est donc une intervention grave ; grave en elle-même par les risques d'hémorragie subite ou secondaire qu'elle comporte ; grave également dans ses suites par l'insuffisance hépatique aiguë qu'on a observée dans certains cas. Néanmoins, dès 1913, Calleoni guérit un angiome par résection totale du lobe gauche du foie.

Depuis, les tentatives ont été plus fréquentes, puisque Nossen relève 14 cas d'ablation complète d'angiomes intrahépatiques.

Si l'hémorragie entraîne le décès dans le cas de Mantle, par contre l'opérée de Von Eiselsberg guérit en 6 semaines ; celui de Schulte en 3 semaines. Ce sont là des succès encourageants.

II. **La Marsupialisation.** — *Cette intervention intéresse seulement un très petit nombre d'angiomes hépatiques ; elle est praticable dans le cas bien défini d'angiome caverneux ayant subi la transformation kystique.*

Une partie de la tumeur se trouve séparée du reste par une inflammation adhésive suivie de thrombose ; il en résulte un kyste à contenu sanguin ou séro-sanguin qui présente bientôt une augmentation considérable de volume qui entraîne l'intervention.

Mais l'inflammation, qui a isolé une partie de l'angiome, de la tumeur qu'on peut appeler « génératrice », l'a aussi rendue adhérente aux nombreux organes avec lesquels son volume lui permet d'être en rapports directs. Il serait alors vain de vouloir rompre toutes ses adhérences pour énucléer la formation kystique Cette énucléation serait impossible ou singulièrement dangereuse par le risque de blessure d'un organe important.

La marsupialisation est moins élégante et plus lente; le comblement de la poche et la cicatrisation demandent des semaines et des mois ; une fistule peut se prolonger et n'être tarie que par une intervention secondaire. Mais elle est la méthode de prudence à laquelle il faut se tenir ; elle est souvent même le seul et unique moyen de porter secours à un malade comme le nôtre dont la tumeur était volumineuse et extrêmement adhérente.

Cette méthode ne saurait évidemment être appliquée en aucun cas aux autres formes d'angiome pour lesquelles au contraire la difficulté consiste à réaliser une hémostase parfaite.

Razemon et Decoulx ont fixé avec précision les indications opératoires.

. Dans le cas de volumineuse tumeur hépatique, connaissant d'une part le risque important que fait courir l'ablation, d'autre part la rareté relative des accidents dûs à la tumeur, doit-on se permettre de décider l'exérèse ? « Seule l'opinion personnelle et la hardiesse de l'opérateur guideront sa conduite. »

Si la tumeur n'est pas énorme, mais multiple avec des nodules disséminés dans le foie, elle est au-dessus des ressources de la Chirurgie.

Faut-il abandonner ou enlever un petit angiome, accessible, unique, découvert au cours d'une laparatomie?

La latence habituelle de ces tumeurs, leur indolence, leur développement lent pourraient conduire à l'abstention. Mais il semble que les risques de rupture et les dangers d'une intervention ultérieure sur une tumeur plus volumineuse doivent orienter plutôt vers la résection qui, dans ces cas, présente en général des dangers minimes (Razemon et Decoulx).

La marsupialisation est une intervention qui ne peut pas être prévue. Elle s'impose lorsqu'après ouverture du péritoine on se trouve en présence d'une tumeur adhérente, inextirpable, à contenu liquide. Ce liquide doit être reconnu, après ponction, comme n'étant pas du sang.

C'est une intervention peu choquante, réalisable même chez des sujets âgés et qui améliore singulièrement l'état du malade puisque celui-ci, la plupart du temps, n'est gêné que par le volume de sa tumeur et ses répercussions sur d'autres organes.

CONCLUSIONS

Dans ce travail, nous avons rapporté un cas d'hémangiome du foie que nous avons pu observer à l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand.

Il revêtait une forme particulièrement rare et très peu décrite dans la littérature, la forme kystique.

La tranformation kystique de l'angiome est due à une inflammation adhésive suivie de thrombose qui sépare du reste une partie de la tumeur.

A propos de ce cas unique mais rare, nous avons repris la question des angiomes du foie. Après un bref rappel de la structure du tissu angiomateux, nous avons relaté notre observation et indiqué la méthode de traitement qui fut employée,

Nous avons exposé ensuite la constitution de ces tumeurs, telle qu'elle a été définie dans un ouvrage de Olmer et Paillas.

Leur pathogénie, autrefois très discutée, se résume actuelement à deux hypothèses : Dysembryoplasie et Hyperplasie réactionnelle inflammatoire. Ces deux

hypothèses trouvent d'ailleurs un point d'unfication dans la découverte du fait que ce sont les cellules de Kupffer embryonnaires qui président au développement des ébauches angioblastiques. Les lacunes vasculaires néoformées sont le résultat de la métaplasie régressive de cellules de Kupffer hyperplasiques.

Nous avons pu réunir quelques observations d'angiome du foie et nous avons constaté que les signes de cette affection étaient uniquement des signes d'emprunt. Lorsque la tumeur atteint un certain volume, elle devient palpable ; c'est là son seul signe propre.

Dans de telles conditions, le diagnostic est à peu près impossible. Il n'aurait été posé qu'une seule fois. Plusieurs malades ont été opérés pour cholécystite chronique avant qu'une deuxième intervention n'ait dévoilé l'existence d'un angiome hépatique situé dans la région cystique.

Les complications sont variées :

L'angiome peut produire des troubles de compression particulièrement au niveau du canal cystique et être la cause d'un ictère.

L'insuffisance hépatique résulte de l'envahissement du parenchyme hépatique par la tumeur.

La rupture est une complication redoutable, jamais diagnostiquée qui a pu en imposer chez la femme pour une rupture de grossesse tubaire.

Le traitement, toujours chirurgical, diffère suivant les formes.

L'hépatectomie partielle est la méthode de choix. Ses modalités diffèrent suivant que la tumeur est pédiculée ou sessile.

Pédiculée, la tumeur est extirpée avec son pédicule et l'homostase est réalisée en tissu sain. C'est une intervention relativement bénigne.

Sessile, la tumeur peut parfois être énuclée. Plus souvent il faut couper en plein parenchyme hépatique. L'hémostase va constituer alors la grosse difficulté de l'intervention. Elle ne pourra s'effectuer que par l'ablation complète de tout le tissu angiomateux. L'exérèse, entreprise, devra être poussée jusqu'au bout. C'est une opération grave, comportant des risques ; risques immédiats d'hémorragie, risques tardifs d'insuffisance hépatique aiguë. Elle est néanmoins fort séduisante pour un opérateur habile et audacieux, car elle amène une guérison rapide et définitive.

La Marsupialisation que nous avons vu pratiquer dans le cas qui fait l'objet de ce travail est une intervention intéressant uniquement la forme kystique de l'angiome. La poche kystique est en effet devenue indépendante du tissu hépatique angiomateux ; elle n'entraîne donc aucune perte notable de sang.

Dans le cas présent elle a pu apporter un soulagement appréciable à un malade âgé porteur d'une tumeur inextirpable à cause de la multiplicité des adhérences et de l'impossibilité de clivage.

*
* *

L'Hémangiome du foie apparaît donc comme une affection à symptomatologie essentiellement frustre et variable et de diagnostic généralement impossible. Ses complications sont graves ; la rupture entraîne rapidement la mort.

L'exérèse, possible dans la plupart des cas, amène une guérison assez rapide et définitive.

La marsupialisation, peu choquante et de réalisation facile, s'adresse strictement aux hémangiomes kystiques.

Clermont-Fd, le 1er décembre 1939.

Vu :

Le Doyen de la Faculté de Médecine
de Strasbourg,

André FORSTER.

Vu :

Le Président de Thèse,

J. CASTAIGNE.

Vu et permis d'imprimer :

Clermont-Fd, le 1er décembre 1939.

P. le Recteur de l'Académie de Strasbourg,

André FORSTER,
Vice-président du Conseil
de l'Université de Strasbourg.

BIBLIOGRAPHIE

ALIVISATOS (A.-S.). — Angiome du foie simulant une tumeur probablement néoplastique de l'estomac. (Bull. et Mém. Soc. Hôp. de Paris 1920, 3 s. XLIV, 1191-1193).

ARQUIN (S.-F.). — Lymphangio-hémangioma of liver of dog (Tr. Chicago Path. Soc. 13-17, 1er june 1928).

AUBERTIN, LÉVY et BACLESSE. — L'angiomatose hémorragique familiale. (Presse Médicale 1933, N° 10, p. 165).

BLONDEL. — Le tissu reticulo-endothélial du foie et ses tumeurs malignes.

BOHMIG. — L'angiome caverneux du foie et de la peau, structure. (Sentralblatt fur chirurgie, N° 48, 27 novembre 1937).

BRAUN (P.-M.). — Hemangioma of liver (J. Usovershent, vrach. 7 : 317-319, mai 1929).

CASCINO (R.). — Intervento in un caso raro di emoangio-cavernoma epatico. (Arch. ed. Atti d. Soc. Italdi Chir. 42 : 638-647, 1936).

CASTELLI (R.). — Angiomes biliaires multiples du foie. (Arch. de méd. expér. et d'Anat. path., Par. 1913, XXV, 623-635).

CLAR (F.). — Cavernom der Leber. (Méd. Klin. 24 : 1746-1747, 9 novembre 1928).

CONOS (B.) et ARCHILAOS (S.). — Un cas de maladie de Recklingauen. Ulcères gastriques. Covernome du foie. (Rev. Neurol. 1 : 78-82, janvier 1931).

EPIFANOV. — Chirurgie de l'angiome caverneux du foie. (Vestinik Chirurgii imeni Grekova (Leningrad), t. 45, fasc. 124, 1936).

FAVRE (M.) et MONNIER (J.-R.). — Angiomes cutanés et hépatites ulcéreuses. (J. de Méd. de Lyon, 12 : 309-312, 20 mai 1931).

FÈVRE et DASSIO. — Les possibilités chirurgicales dans les tumeurs malignes du foie. (Journal de Chirurgie, mars 1958, p. 321).

FOTHERINGHAM (W.-T.). — Angiome du foie. (Bolétines de la Sosiedad de Cirugia de Rosario, tome 2, N° 6, octobre 1935, p. 335-344. IN : Journal de Chirurgie, tome 49, N° 1, janvier 1937, p. 133).

HABER. — Hemangiome caverneux du foie. (Polski Przeglad Chirurgiczny, t. 17, N° 4, avril 1938).

HARBITZ (F.) — Hemangioma and hemangiomatosis especially in central nervous ystem and liver. (Nork Mag. f. Laegevidensk, décembre 1930, t. 91, p. 1335-1348).

IACOBOVICI (I.) et STOIA (I). — Angiome généralisé du foie. (Société Médicale des Hôpitux de Bucarest, séance du 15 juillet 1936, N° 7).

IACOBOVICI (I.) et STOIA (I.). — Considérations générales sur un cas d'angiome généralisé du foie. (Bull. de l'Ass. Franç. pour l'étude du cancer, séance 21/12/36, N° 6, décembre 1936).

IRIARTE (I.) et OLIVERA (C.). — Angiome de higado. (Semana Méd. 2 : 293-294, aug. 2/1928).

JARUFE et COMPANY. — Angiome caverneux du foie avec syndrome de compression du cholédoque. (Rev. de Cirurg. Barcelona, septembre 1935).

KARP (M.). — Spontanruptur eines leberhamangioms (Zentralblatt. f. Chirurg., 6 june 1931, t. 58, p. 1435-1436).

LEROUX et CORNIL. — (Soc. Anatomique de Paris, avril 1923).

MARCKTADT (K.-O.). — Au sujet de l'hémangiome rompu du foie. (Deutsche Zeistchrift Chirurgie, t. 250, mars 1938, p. 37, in Journal de Chirurgie, septembre 1938, N° 3).

MARCKTADT. — L'émangiome rompu du foie. (Deutsche Zeitschrift fur Chirurg., fasc. 1, 11 mars 1938).

MONDOR. — Hémopéritoine par angiome de la rate. (Journal de Chirurgie 1938, t. LI, p.388).

NÉNILIN (F.). — Ein Fall von Leberkavernom. (Zentralbl. f. Chiri. 58 : 1575-1577, 20 june 1931).

NETTROUR (W.-S.). — Angioma of liver adenocarcinoma of suprarenal gland report of 2 cases. (Proc. Staff. Meet Mayo Clin. 11 : 710-715, novembre 4/1936).

NOSSEN. — Au sujet des angiomes du foie. (Brun's Brit. für Clin. 1924, p. 120).

OLMER (Jean) et PAILLAS (Jean). — Les angiomes du foie. (Rev. Médico-Chir. des Maladies du foie, du pancréas et de la rate, septembre-octobre 1935).

POZZI (G.). — L'angiome caverneux du foie. (La Clinique Chirur. (Milan), an VIII, fasc. 6, juin 1932).

RAY. — Hémangiome caverneux volumineux du foie. (Annals of Surgery (Philadelphie), vol. 109, N° 3, mars 1939).

RAZEMON (P.) et DECOULX (P.). — Angiome du foie. (Soc. de Méd. du Nord, S. D., 24 juin 1938. IN : L'Echo Médical du Nord, N° 15, p. 418, 15 août 1938).

RAZEMON (P.) et DECOULX (P.). — Les angiomes du foie. (Revue de Chirurgie, mars 1939, N° 3, p. 188).

REITANO (R.). — Su di alcuni rari casi di emoangio cavernoma epatico a large sviluppo. (Arch. Ital. di anat. e istol. pat. 2 223-231, janv.-feb. 1931).

SABRAZES. — Les tumeurs du foie. (Les Documents du praticien).

SIEDLECKE — Rupture spontanée d'un angiome caverneux du foie, suivie d'une hémorragie mortelle intrapéritoniale. (Norwing Lek Poznan, 15 avril 1927).

SCHULTE. — (Zentralvlatt F. Gynak 1934, N° 9, p. 488).

SIEBNER. — Hemangiome du foie (Deutsche Zeitschrift fur chirurg. (Leipzig), t. CCXXIV, N° 5, juin 1930, p. 339).

STEINBERG. — La chirurgie du foie : opération d'un cas d'hemangio-endotheliome du foie. (Bruns Beitrage zur klinische chirurgie N° 3, 13 septembre 1923).

URECHIA (C.-I.) et FLEKES (M.). — Angiomes du type réticulo-endothélial intéressant la moëlle et le foie. (Rev. Neurol. 2 : 557-565, novembre 1932).

STUCHINSCKIY. — Cavernous hemangioma of liver. (Sovet. vrach. gaz., 15 juin 1935, p. 891-894).

TEJERINA FOTHERINGHAM. (W.) — Angiomas del higado. (Rev. de Cir. de Buenos-Aires 14 : 651-659, nov. 1935).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 15

CHAPITRE I

Classification et anatomie pathologique des angiomes en général 17

CHAPITRE II

Hémangiomes du foie. Généralités et historique 21

CHAPITRE III

Observation 25

CHAPITRE IV

Anatomie pathologique 31

CHAPITRE V

Pathogénie 37

CHAPITRE VI

Symptomatologie et diagnostic 41

CHAPITRE VII

Complications 45

CHAPITRE VIII

Traitement 49

CONCLUSIONS 55

BIBLIOGRAPHIE 59